

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Cuidar de Si para Cuidar do Outro: Autocuidado de Psicólogos  
Clínicos que trabalham com Pessoas que vivenciaram Situações  
Traumáticas**

**Maria Inês de Meneses Ventura**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Cuidar de Si para Cuidar do Outro: Autocuidado de Psicólogos  
Clínicos que trabalham com Pessoas que vivenciaram Situações  
Traumáticas**

**Maria Inês de Meneses Ventura**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2018**

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Ana Catarina Nunes da Silva, por todo o apoio e motivação dada, por ter sido incansável no esclarecimento de dúvidas, e por ter sempre disponibilidade para me receber. Obrigada por ter contribuído para que este tenha sido um ano enriquecedor, produtivo e agradável.

A todos os psicólogos que participaram no meu estudo. Obrigada por terem disponibilizado tempo para colaborar e por terem facilitado alguns contactos para que pudesse aumentar a minha amostra. Sem esta ajuda, não teria sido possível realizar esta investigação.

Aos meus pais e ao meu irmão. Obrigada por ouvirem as minhas dúvidas e medos, e por me transmitirem calma e confiança. Obrigada pelo apoio constante e por acreditarem sempre em mim mesmo nos momentos em que eu tenho dúvidas. Obrigada por fazerem a minha vida mais feliz.

À Maria e à Adriana, por cinco anos de partilha e amizade. Juntas superámos todos os obstáculos que surgiram e arranjámos forma de nos divertirmos a fazê-lo. Tenho a certeza que o meu percurso não teria sido o mesmo sem vocês.

À Andreia, por ser uma confidente durante o mestrado, principalmente, durante o quinto ano. Obrigada pelas conversas interessantes, pela partilha de dúvidas, pelo incentivo e pelos momentos de descontração.

À Maria e às Carolinas. Obrigada pela excelente amizade de longa data, pela compreensão nos momentos de maior ansiedade e indisponibilidade, e por estarem sempre presentes.

## Resumo

A psicologia clínica é considerada por muitos uma profissão de risco. Existem desafios particulares quando os psicólogos trabalham com conteúdos traumáticos, devendo estes gerir de forma eficaz e proactiva os desafios da sua profissão, através do autocuidado (Wise & Barnett, 2016). Quando se fala de autocuidado, o foco está nas atividades e estratégias que cada psicólogo utiliza para estabelecer e manter o seu bem-estar, minimizar os efeitos do *distress* e prevenir a degradação do seu funcionamento profissional (Baker, 2003). O presente estudo, de natureza exploratória e qualitativa, tem como objetivo explorar vários aspetos relacionados com o autocuidado de psicólogos clínicos Portugueses que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas. Desta forma, os dados foram recolhidos através da realização de entrevistas semiestruturadas a oito participantes e, posteriormente, foi feita a análise temática dos mesmos, recorrendo ao software QSR NVivo 11. Os resultados indicam que os psicólogos têm presente as características do seu trabalho e o modo como estas se relacionam com o impacto que a sua profissão pode ter no seu bem-estar, monitorizando-o regularmente. Reconhecem consequências positivas do seu trabalho, bem como consequências negativas e fatores que as atenuam. Os participantes privilegiam enquanto estratégias de autocuidado a socialização com a família e amigos, os processos de supervisão e intervisão, e a existência de momentos de lazer, por considerarem que estas promovem o seu equilíbrio e bem-estar psicológico e contribuem para o seu melhor desempenho profissional. Metade dos participantes sentiu maior necessidade de recorrer a estratégias de autocuidado desde o momento em que começou a trabalhar maioritariamente com conteúdos traumáticos, e alguns revelaram ser útil recorrer a estratégias pouco complexas e promotoras de lazer. O maior obstáculo ao autocuidado relatado é a falta de tempo, frequentemente associada a uma carga horária excessiva e à maternidade. São, ainda, identificados fatores potencialmente úteis para a promoção do autocuidado eficaz nos

psicólogos. Finalmente, apresentam-se limitações do estudo e sugestões para investigação futura.

Palavras-chave: autocuidado; estratégias; psicólogos clínicos; trauma

## **Abstract**

Clinical psychology is considered by many to be a high-risk profession. Since particular challenges arise when psychologists work with trauma, being able to manage those risks effectively and proactively through self-care becomes paramount (Wise & Barnett, 2016). When talking about self-care, the focus is on the activities and strategies each psychologist uses to establish and maintain its well-being, minimize distress levels and prevent the degradation of professional performance (Baker, 2003). The purpose of this exploratory and qualitative study is to understand several aspects related to the self-care of Portuguese clinical psychologists who work with people who've experienced traumatic events. Data were collected by conducting semi-structured interviews with eight participants, subsequently, it was conducted a thematic analysis using QSR NVivo 11 software. The results indicate that psychologists are aware of the characteristics of their job and the way these are related to how their profession can impact their well-being, therefore evaluating it regularly. Psychologists also recognize positive consequences of their work, as well as negative ones and some factors that lessen the latter. In what concerns self-care strategies, participants tend to socialize with family and friends, take part in supervision with peers, and have leisure time, because they believe these foster their psychological balance and well-being as well as contribute to a better professional performance. Half participants felt the need to use self-care strategies more since they started working with traumatic material, and some found it helpful to use simple strategies that promote leisure. The biggest obstacle to self-care reported is lack of time, frequently associated with an excessive workload and with motherhood. Factors that potentially promote effective self-care in psychologists are identified. Lastly, some limitations of the study are referred and suggestions are made for future research on this topic.

**Keywords:** self-care; strategies; clinical psychologists; trauma

## Índice Geral

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
Riscos associados à prática da psicologia clínica .....	1
Riscos específicos do trabalho com pessoas que vivenciaram situações traumáticas .....	2
Consequências para os psicólogos, para os seus clientes e para a profissão .....	4
Autocuidado .....	5
Importância do autocuidado.....	5
Abordagens ao autocuidado.....	6
Estratégias de autocuidado.....	8
Relevância e Objetivos do estudo .....	9
<b>Metodologia .....</b>	<b>10</b>
Caracterização da amostra .....	11
Instrumentos.....	12
Questionário sociodemográfico. ....	12
Guião da entrevista semiestruturada .....	12
Procedimentos.....	12
Procedimento de seleção e recolha de dados. ....	12
Procedimento de análise de dados. ....	14
<b>Resultados e Discussão .....</b>	<b>15</b>
Domínio 1: Características e impacto da intervenção com conteúdos traumáticos.....	16
Domínio 2: Monitorização do bem-estar pessoal e conhecimento de estratégias de autocuidado .....	19
Domínio 3: Tipo de estratégias de autocuidado utilizadas, benefícios e obstáculos .....	21
<b>Conclusão.....</b>	<b>32</b>

<b>Referências</b> .....	34
<b>Anexos</b> .....	40



## **Lista dos Anexos**

Anexo A – E-mail enviado aos participantes

Anexo B – E-mail enviado às instituições/associações

Anexo C – Consentimento informado

Anexo D – Ficha de recolha de dados sociodemográficos

Anexo E – Guião da entrevista semiestruturada

Anexo F – Sistema hierárquico de categorias

## **Riscos associados à prática da psicologia clínica**

A psicologia clínica é considerada por muitos uma profissão de risco, tendo os seus potenciais efeitos negativos já sido vastamente explorados. Múltiplos estudos indicam que os profissionais de saúde mental sofrem de problemas pessoais associados à sua prática profissional, desde exaustão emocional; horas de sono insuficientes ou pouco satisfatórias; fadiga crónica; problemas nos relacionamentos íntimos; isolamento ou sentimentos de solidão; ansiedade; episódios depressivos; ideação suicida; problemas de consumo de álcool; a sentimentos de desilusão sobre o seu trabalho (e.g., Mahoney, 1997; Pope & Tabachnick, 1994; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Thoreson, Miller, & Krauskopf, 1989).

Os fatores de risco para os psicólogos advêm da própria natureza do seu trabalho, das suas histórias e vulnerabilidades pessoais, dos desafios diários nas suas vidas pessoais e profissionais, e da interação entre estes (Wise & Barnett, 2016).

A psicologia clínica parece, então, ter características específicas que podem contribuir de forma negativa para o bem-estar dos seus profissionais (Wise & Barnett, 2016). Uma delas é a existência de uma intimidade unidirecional, isto é, a existência de um foco nos clientes e nas suas necessidades, sendo encorajado que partilhem aspetos da sua vida em pormenor, havendo, em simultâneo, pouco espaço para a expressão dos sentimentos e necessidades do psicólogo, principalmente quando relacionados com a sua vida privada (Norcross & Guy, 2007). Há, também, uma necessidade, por parte do clínico, de guardar e gerir de forma independente as exigências emocionais do trabalho ao longo do dia, tendo este de ser capaz de tolerar emoções intensas, sem manifestar uma resposta pessoal (O'Connor, 2001). Para mais, esta profissão envolve pouca atividade física, levando a um sedentarismo que, por sua vez, pode levar à supressão da libertação física de *stress*, depois de uma constante exposição à dor emocional dos clientes (Norcross & Guy, 2007). Por fim, a natureza confidencial desta prática

é, em si, um fator de risco, uma vez que limita a oportunidade que o psicólogo tem de discutir o seu trabalho e as preocupações, sucessos, frustrações e dúvidas associadas ao mesmo, fora do contexto profissional, podendo ficar comprometido o apoio social como forma de reduzir o *stress* (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

### **Riscos específicos do trabalho com pessoas que vivenciaram situações traumáticas**

Quando os psicólogos trabalham com pessoas que já experienciaram situações traumáticas, surgem desafios particulares (Wise & Barnett, 2016). Um evento traumático, tipicamente envolve a morte/lesão ou a ameaça de morte/lesão do próprio ou de outros, estando frequentemente presentes sentimentos de medo, horror e desamparo. Estes eventos incluem catástrofes, situações de guerra, acidentes graves, violação ou agressão sexual, abuso físico/emocional, agressões (e.g., assalto violento), ataques terroristas, negligência, entre outros (APA, 2014; Hesse, 2002; Ivicic & Motta, 2016).

Os efeitos do trabalho com populações traumatizadas nos profissionais de saúde mental estão bem documentados, evidenciando que estes podem reportar a presença de sintomas como: tensão muscular; dores de cabeça; falta de energia; disrupções do sono; pensamentos intrusivos; sintomas de ansiedade e pânico; dificuldades de concentração; e mudanças de humor (Figley & Ludick, 2017; Killian, 2008). Uma das explicações fornecidas para estas consequências, é que o processo de ajudar os clientes a descrever e ultrapassar o trauma que sofreram pode ser, em si, traumatizante para o psicólogo (Wise & Barnett, 2016).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, os indivíduos podem ficar traumatizados de forma direta ou indireta, estando incluída nos critérios de diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático a possibilidade de uma pessoa ficar traumatizada quando está repetidamente exposta a pormenores aversivos de acontecimentos traumáticos (APA, 2014). Ainda assim, existem autores que atribuem

particular importância à traumatização que ocorre de forma indireta sendo, de seguida, descritos dois fenómenos que podem decorrer do trabalho com indivíduos que já passaram por situações traumáticas: Stress Traumático Secundário e Traumatização Vicariante.

O primeiro, foi caracterizado por Figley (1995) como os comportamentos e emoções naturais que advêm do conhecimento sobre um evento traumático vivido por uma pessoa significativa, juntamente com o *stress* que resulta de ajudar ou do desejo de ajudar uma pessoa traumatizada. Assim, um psicólogo que esteja envolvido numa relação empática com um indivíduo que está em sofrimento após uma situação traumática, que testemunhe as experiências do trauma dessa pessoa, pode ficar também ele, traumatizado. Isto ocorre quando o psicólogo não é capaz de integrar essa experiência no seu modelo cognitivo do mundo, podendo desenvolver assim Perturbação de Stress Traumático Secundário, e ter sintomas idênticos àqueles da Perturbação de Stress Pós-Traumático (e.g., pensamentos intrusivos; memórias traumáticas ou pesadelos associados ao trauma dos clientes; insónia; irritabilidade crónica; fadiga; dificuldades de concentração; hipervigilância a estímulos do trauma do cliente; Newell & MacNeil, 2010). Estes sintomas têm um impacto negativo na intervenção psicológica, bem como nas experiências pessoais do terapeuta (Canfield, 2005; Figley, 1995).

O segundo fenómeno, designado de Traumatização Vicariante, foi estudado por McCann e Pearlman (1990). Estas autoras defendem que os profissionais que trabalham com pessoas que vivenciaram situações traumáticas, podem experienciar efeitos psicológicos profundos, disruptivos e persistentes, ocorrendo uma transformação na sua experiência interna que resulta do envolvimento empático com o conteúdo traumático dos clientes. Estes psicólogos, experienciam alterações duradouras nos seus esquemas cognitivos (em cinco áreas: segurança, confiança, estima, intimidade e controlo), que têm um impacto significativo nos seus sentimentos e relacionamentos. Se estas mudanças são ou não destrutivas para o psicólogo e para o processo terapêutico irá depender, em grande parte, se o terapeuta

consegue integrar as experiências traumáticas, surgindo efeitos de traumatização vicariante quando este não é capaz de o fazer (e.g., disrupções significativas no sentido de significado; conexão; identidade; visão do mundo; na tolerância ao afeto; nas necessidades psicológicas fundamentais; nas crenças sobre si e sobre os outros; nas relações interpessoais e na memória sensorial; o que pode levar a falta de confiança nos seus instintos, desvalorização das capacidades dos outros, alienação de amigos e familiares, indisponibilidade emocional, etc.; Hesse, 2002; Mathieu, 2012; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saaktvine, 1995).

Os psicólogos podem ainda sofrer disrupções no seu sistema de imagética, experienciando imagens traumáticas dos clientes, fragmentadas, sem contexto e significado, sob a forma de *flashbacks*, sonhos e pensamentos intrusivos, podendo sentir emoções dolorosas (e.g., tristeza, raiva) associadas às memórias traumáticas. Assim, é possível que as memórias dos clientes sejam incorporadas no sistema de memória dos psicólogos, sendo mais provável que isto aconteça se o conteúdo traumático for particularmente saliente para o psicólogo; se relacionar de forma próxima com as suas necessidades psicológicas e experiências de vida; e se o profissional não tiver a oportunidade de partilhar a sua experiência com ninguém (McCann & Pearlman, 1990).

### **Consequências para os psicólogos, para os seus clientes e para a profissão**

Fica claro que, não reconhecer e não lidar com os riscos associados a este trabalho pode trazer consequências negativas para os psicólogos, tanto no âmbito pessoal como profissional. Para além de todos os custos pessoais acima mencionados, quando os profissionais sofrem de Stress Traumático Secundário e/ou Traumatização Vicariante, há também custos para os seus clientes (Barnett & Cooper, 2009; Pearlman & Saakvitne, 1995). Nomeadamente, o psicólogo pode evitar clientes ou tópicos que lhe causem ansiedade, medo e/ou raiva; culpabilizar os clientes ou evitar trabalhar o trauma; tornar-se autoritário com os

clientes, danificando a aliança terapêutica; tornar as suas necessidades pessoais o foco da relação terapêutica, entre outros (Hesse, 2002; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Ademais, um profissional com dificuldades de concentração e emocionalmente indisponível, terá dificuldade em estar presente na relação terapêutica de forma calorosa, empática e responsiva, prejudicando o processo terapêutico (McCann & Pearlman, 1990; Simms, 2017).

Adicionalmente, psicólogos que sofrem destas condições, podem ficar incapacitados na prestação de supervisão, uma vez que existe a possibilidade de deixarem de se interessar pelo desenvolvimento dos supervisandos, podendo falhar na modelação de estratégias de autocuidado pessoais e profissionais adequadas, e violar os limites na relação de supervisão (Pearlman & Saakvitne, 1995).

## **Autocuidado**

**Importância do autocuidado.** Por todas estas razões, os psicólogos devem tentar gerir de forma eficaz e proactiva os desafios da profissão, através do autocuidado (Barnett, Baker, Elman, & Schoefer, 2007).

Segundo Baker (2003), o autocuidado inclui práticas de rotina positivas e uma atenção do psicólogo ao seu *self* físico, emocional, relacional e espiritual, no contexto da sua vida pessoal e profissional. Assim, quando se fala de autocuidado, o foco está nas atividades e estratégias que cada psicólogo usa para estabelecer e manter o seu bem-estar, ao mesmo tempo que tenta minimizar os efeitos do *distress* e prevenir a degradação do seu funcionamento profissional. É, por isso, fundamental que os psicólogos reconheçam a necessidade de cuidar da sua saúde mental, tornando este objetivo uma prioridade e integrando estratégias de autocuidado na sua vida (Norcross & Guy, 2007).

O autocuidado é essencial não só na prevenção e gestão do potencial impacto negativo da prática clínica, como também facilita o crescimento pessoal e profissional do psicólogo (Simms, 2017). Contudo, é importante salientar que um autocuidado eficaz requer não só a utilização de estratégias positivas, como também o evitamento de estratégias desadaptativas (e.g., auto-medicação) que têm maior probabilidade de exacerbar as dificuldades do indivíduo, ao longo do tempo (Wise & Barnett, 2016).

É, ainda, crucial enfatizar que o autocuidado é um imperativo ético, na medida em que se relaciona com a competência dos psicólogos (Wise, Hersh, & Gibson, 2012). No Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, o princípio específico cinco refere: “5.1. Evidência científica. Os/as psicólogos/as (...) procuram manter e atualizar a sua competência ao longo do seu percurso profissional” e “5.4. Preocupações de isenção e objetividade na intervenção. Os/as psicólogos/as devem ter consciência da importância das suas características individuais para o processo de intervenção, pelo que procuram assegurar a maior isenção e objetividade possíveis (...)”, indicando que é indispensável que os psicólogos mantenham a sua competência e tenham em conta o impacto que as suas características podem ter nos seus clientes (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Uma vez que, as estratégias de autocuidado servem como meio para aumentar a resiliência dos psicólogos, neutralizando também os efeitos negativos da prática clínica que, como já foi previamente descrito, afetam os profissionais a vários níveis, estas contribuem para que estes consigam continuar a trabalhar de forma competente e eticamente responsável (Newell & MacNeil, 2010).

Concluindo, e como Norcross e Guy (2007) afirmam, o autocuidado não deve ser tido como um luxo que é satisfeito apenas quando o tempo o permite, pelo contrário, este é um requisito humano, uma necessidade clínica e um imperativo ético.

**Abordagens ao autocuidado.** Existem algumas propostas de diferentes abordagens ao autocuidado que os psicólogos podem seguir, duas das quais serão exploradas de seguida.

Norcross e Guy (2007) integraram métodos apoiados na investigação, de tradições de espiritualidade, *mindfulness*, da psicologia positiva, de bem-estar físico, bem como da terapia cognitivo-comportamental, e propuseram um modelo baseado em 12 princípios básicos que os psicólogos podem e devem incorporar, de forma flexível nas suas vidas, de forma a estabelecer e manter o seu bem-estar. Os 12 princípios propostos são: 1) valorizar a pessoa que é o psicoterapeuta; 2) focar a atenção nas recompensas e benefícios do trabalho; 3) reconhecer e aceitar que os desafios ocupacionais são intrínsecos à profissão; 4) preocupar-se com o seu corpo, praticando uma vida saudável e exercício físico, dormindo e comendo bem; 5) procurar relacionamentos acolhedores; 6) estabelecer limites entre si e os outros, entre a vida pessoal e profissional; 7) reparar nos próprios pensamentos perfeccionistas e autocríticos e geri-los com compaixão; 8) sustentar escapatórias saudáveis e atividades revitalizadoras; 9) criar intencionalmente um ambiente próspero e positivo; 10) fazer terapia pessoal de forma a promover um autodesenvolvimento positivo; 11) cultivar a espiritualidade; e, por fim, 12) incentivar a criatividade e o crescimento, diversificando as atividades profissionais e procurando desenvolvimento, mudança e renovação no seu trabalho.

Estes autores, recomendam a utilização de estratégias abrangentes por oposição a técnicas específicas, uma vez que existe grande diversidade de preferências individuais e de recursos disponíveis, para que as estratégias possam ser adaptadas a cada situação e preferência. Referem ainda que, estratégias passivas (e.g., autoculpabilização, abuso de substâncias, etc.) não são eficazes. Contudo, não há nenhuma estratégia de autocuidado individual tão eficaz que, por si só, permita ultrapassar o *distress*. Por isso, é importante cada psicólogo ter um conjunto de estratégias no seu reportório pessoal (Norcross & Guy, 2007).

Uma outra abordagem é a de Walsh (2011), baseada numa revisão sistemática de evidências sobre mudanças de estilo de vida terapêuticas, ou seja, sobre comportamentos de estilo de vida que têm um impacto positivo na saúde mental. O seu modelo, incorpora



explicitamente elementos de *mindfulness*, espiritualidade, psicologia positiva, bem como recomendações de nutrição e exercício físico. Segundo este autor, as mudanças de estilo de vida terapêuticas podem levar a uma maior flexibilidade clínica, maior eficácia e menor desgaste profissional do psicólogo. Desta forma, Walsh (2011) incentiva mudanças como: a prática regular de exercício físico; uma nutrição e dieta saudável; passar tempo na natureza; ter bons relacionamentos; participar em atividades recreativas; relaxar e fazer gestão de *stress* (e.g., através de meditação); cultivar a componente religiosa/espiritual; prestar serviço a outros (e.g., voluntariado); higiene do sono; envolvimento com a comunidade; entre outras. Estas estratégias têm como vantagens poderem ser usadas individualmente ou de forma complementar; estarem acessíveis; terem um baixo custo financeiro; poderem ser introduzidas rapidamente na vida dos psicólogos; e não terem um estigma associado sendo, muitas vezes, valorizadas socialmente.

**Estratégias de autocuidado.** Existem estudos que exploraram quais as estratégias de autocuidado utilizadas por psicólogos, sendo frequentemente reportado: o uso da meditação e oração; a socialização com amigos e família; a diversificação dos papéis profissionais; a participação em atividades relaxantes e *hobbies* (e.g., ler, ir ao cinema, visitar museus); a prática de exercício físico; ter uma dieta saudável; tirar férias; fazer voluntariado; ter supervisão com pares (e.g., Mahoney, 1997; Pearlman & Saakvitne, 1995; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Wise & Barnett, 2016).

Um estudo qualitativo realizado em Portugal, identificou que uma pequena amostra de psicólogos Portugueses privilegia o apoio social, a prática de exercício físico, a existência de momentos de lazer, a supervisão e intervenção, e a gestão de tempo adequada, como estratégias de autocuidado (Mota, 2017).

Existem, também, estudos que se focaram nas estratégias de autocuidado utilizadas por psicólogos que trabalham com pessoas que já experienciaram situações traumáticas. A

utilização de supervisão e discussão de casos com colegas foram estratégias frequentemente reportadas como básicas e cruciais para evitar o trauma secundário. Para além destas, de modo geral, foram apontadas como importantes: a prática regular de exercício físico; dieta saudável; tirar férias ou fazer pequenas pausas no trabalho; desenvolver interesses fora do emprego; estabelecer limites quanto ao tempo que é passado a falar de trabalho; limitar o número de casos difíceis; trabalhar numa equipa multidisciplinar; passar tempo de qualidade com amigos e família; ter uma conexão espiritual; diversificar os papéis profissionais; tirar tempo para fazer autorreflexão; e expressão criativa (e.g., escrever, pintar, dançar; Hesse, 2002; Kanno & Giddings, 2017; Killian, 2008; Lonergan, O'Halloran, & Crane, 2004).

### **Relevância e Objetivos do estudo**

Tendo em consideração tudo o que foi referido anteriormente, fica claro que o bem-estar dos psicólogos é fundamental para o seu bom desempenho profissional, e que o trabalho com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas pode constituir um risco acrescido, colocando em causa esse bem-estar.

Desta forma, é relevante estudar como é que os psicólogos que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, cuidam do seu bem-estar físico e psicológico, sendo este um aspeto importante para seu benefício próprio e para o benefício dos seus clientes. Contudo, e apesar da importância do autocuidado, este parece ser um tema ainda pouco estudado em Portugal.

Assim, este estudo pretende explorar vários aspetos relacionados com o autocuidado nestes psicólogos, tendo como objetivos específicos:

1. Explorar quais os riscos percebidos pelos psicólogos, do seu trabalho com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas.
2. Explorar se estes psicólogos monitorizam o seu bem-estar.

3. Perceber se ao longo da sua formação tiveram conhecimento sobre estratégias de autocuidado, bem como sobre a sua importância.
4. Identificar quais as estratégias de autocuidado utilizadas pelos psicólogos e os benefícios percebidos da sua utilização.
5. Explorar se foram feitas alterações no plano de autocuidado perante o trabalho com conteúdos traumáticos, e quais as mudanças efetuadas.
6. Identificar possíveis dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado.

### **Metodologia**

Esta investigação tem por base uma abordagem de natureza qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, baseada na necessidade de desenvolver um tema pouco estudado, com o intuito de expandir o conhecimento sobre o mesmo (Strauss & Corbin, 1998). Concretamente, o foco deste estudo prende-se com a exploração e compreensão mais aprofundada das experiências pessoais, dos pontos de vista e das percepções subjetivas de uma amostra de psicólogos clínicos portugueses que trabalham com pessoas que já passaram por situações traumáticas, sobre vários aspetos relacionados com o autocuidado (Johnson & Waterfield, 2004; Silverman, 2000). A entrevista semiestruturada foi o método selecionado para a recolha de dados, por facilitar o estabelecimento da relação com os participantes e a partilha de informação, e por permitir uma maior flexibilidade, uma vez que as questões podem ser modificadas consoante as suas respostas, possibilitando maior liberdade para serem exploradas áreas interessantes que possam surgir ao longo das entrevistas (Smith & Osborn, 2007).

## Caracterização da amostra

A amostra da presente investigação é composta por um total de oito psicólogos clínicos, sendo seis participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e os 61 anos ( $M = 45$ ,  $DP = 10.75$ ).

Os participantes são psicólogos com diferentes graus de escolaridade (seis têm mestrado, quatro têm licenciatura pré-Bolonha, três completaram pós-graduações após a formação básica, e um tem um doutoramento) e diferentes orientações teóricas (quatro em terapia cognitivo-comportamental; três em terapia psicodinâmica; e um em terapia familiar sistémica). Os participantes têm em média 12 anos de experiência de trabalho com conteúdos traumáticos ( $DP = 9.75$ ) intervindo em diferentes contextos: dois estão expostos regularmente e de forma direta a situações potencialmente traumáticas, no âmbito do seu trabalho de intervenção de emergência; os restantes seis participantes estão expostos de forma indireta aos conteúdos traumáticos através do relato de clientes. Em média, os participantes que fazem intervenção de emergência atendem, presencialmente e por via telefónica, cerca de 1100 casos por ano. Os restantes, acompanham em média cerca de 41 casos por ano.

As principais problemáticas atendidas são variadas, tendo sido salientadas: situações de morte inesperada (acidentes e suicídios); situações de serviço dos militares (acidentes; recolha de corpos mortos); acidentes de viação; violações; violência física e psicológica; situações de negligência e abuso; *stress* de guerra; negociação em suicídio; situações com vítimas violentas e potencial de agressão; incêndios; e colhida de pessoas por comboios.

Todos os oito participantes fizeram formações especificamente direccionadas para o trabalho com conteúdos traumáticos, tendo cinco feito formação em Intervenção na Crise, quatro em *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), três em Psicotraumatologia, dois em *Critical incident stress management (CISM): individual crisis intervention and peer support*, e um em *Brainspotting*.

## **Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico.** O questionário sociodemográfico é composto por questões que permitem recolher informação sobre os dados sociodemográficos dos participantes (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade), e sobre aspetos da sua experiência profissional (e.g., orientação teórica, anos de experiência profissional com conteúdos traumáticos, número médio de casos acompanhados por ano, principais problemáticas atendidas, formações adicionais sobre trauma, exposição direta ou indireta a situações potencialmente traumáticas). Desta forma, o questionário permite caracterizar a amostra e contextualizar as informações recolhidas (anexo D).

**Guião da entrevista semiestruturada.** Foi construído um guião de entrevista semiestruturada (anexo E) com base nos objetivos da investigação e na informação existente na literatura sobre estudos de investigação qualitativa. O guião é composto por três partes: a) riscos associados à profissão e o seu impacto nos profissionais; b) importância do autocuidado, estratégias de autocuidado utilizadas e barreiras à sua implementação; e c) comentários finais e conclusão da entrevista. Este, contribuiu para que estivessem presentes os tópicos a ser explorados e os objetivos da investigação, não sendo esquecida a necessidade de, simultaneamente, o investigador estar disponível para ouvir o discurso individual de cada participante, de forma a não limitar a riqueza e variedade da informação obtida (Flick, 2009).

## **Procedimentos**

**Procedimento de seleção e recolha de dados.** O estudo de investigação foi divulgado por e-mail e contato telefónico a várias instituições e associações, bem como a contatos pessoais dos investigadores. Nesse primeiro momento, foram fornecidas informações relativas aos objetivos do estudo, aos critérios de inclusão, à duração média da entrevista, à confidencialidade, e à possibilidade de realizar a entrevista presencialmente ou via *skype*,

consoante a preferência e disponibilidade de cada participante (ver anexo A e B). De forma a colaborar, os participantes tinham de cumprir dois critérios: ser membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses e trabalhar com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas.

No caso das instituições que manifestaram interesse em participar, foram cumpridos os procedimentos indicados pelas mesmas, nomeadamente, foram assinados pelos investigadores termos de compromisso e declarações de confidencialidade, e fornecida informação detalhada sobre a presente investigação. Após o estudo ser aprovado pelas instituições, era agendada uma data para entrevistar os psicólogos por si empregados.

Quando era manifestado interesse individual em colaborar, cada participante era contactado diretamente via e-mail ou através de um contato telefónico, de forma a agendar a entrevista e a partilhar informação relativa ao consentimento informado (anexo C).

Três entrevistas foram realizadas via *skype*, sendo as restantes realizadas presencialmente, no local designado pelo participante ou pela sua entidade empregadora. Previamente ao início da entrevista, procedeu-se à breve apresentação do entrevistador, ao preenchimento do questionário sociodemográfico e à assinatura do consentimento informado. Nas entrevistas realizadas via *skype*, o preenchimento do questionário sociodemográfico foi feito pelo entrevistador consoante a informação fornecida pelos participantes, e o consentimento informado foi enviado por e-mail para que tivessem a oportunidade de ler e assinar o documento e de o reenviar devidamente preenchido ao investigador. De seguida, foram novamente lembrados os objetivos do estudo, salientado que a participação era voluntária, garantida a confidencialidade dos participantes e o seu direito de desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou consequência. Foi feita a gravação áudio de cada entrevista, após autorização prévia. No final, foi agradecida a sua participação e disponibilidade, e assegurado que, caso fosse do seu interesse, poderiam ter acesso aos resultados e conclusões da investigação, assim que esta estivesse concluída.

**Procedimento de análise de dados.** Recorrendo às gravações áudio, cada entrevista foi transcrita na sua totalidade sendo, depois, analisada através do processo de análise temática recorrendo ao software QSR NVivo 11.

A análise temática é um método utilizado para a identificação, análise e descrição de padrões ou temas descobertos num conjunto de dados, que requer um papel ativo da parte do investigador, sendo um processo iterativo e reflexivo (e.g., Braun & Clarke, 2006; Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Este método, foi escolhido para a presente investigação por ser útil para analisar as perspetivas de diferentes participantes, salientando possíveis semelhanças e diferenças, e gerando novos conhecimentos (King, 2004).

O processo de análise temática é composto por seis fases. A primeira fase consistiu na familiarização com os dados obtidos, que implicou a leitura repetida das transcrições das entrevistas realizadas e, simultaneamente, o registo de ideias iniciais que surgiram durante as leituras. A segunda fase, envolveu a produção de códigos iniciais, que identificavam características interessantes dos dados. A terceira fase, consistiu na agregação dos códigos em potenciais temas. Na quarta fase, foram revistos os temas criados, sendo novamente examinados os extratos codificados em cada entrevista e analisada a sua coerência com todo o conjunto de dados. A quinta fase, prendeu-se com a nomeação e descrição dos temas criados, tendo sido gerados rótulos e definições claras para cada um. Assim, através da análise e recodificação contínua dos dados, foi possível criar um sistema hierárquico de categorias final (anexo F), não sendo as categorias mutuamente exclusivas, ou seja, é possível encontrar o mesmo extrato de uma entrevista codificado em várias categorias. A última fase consistiu no relato dos resultados, sendo feita uma última análise dos extratos selecionados e relacionada essa análise com os objetivos da investigação e com a literatura existente sobre o tema em estudo (Braun & Clarke, 2006).

Neste processo foi utilizada, por um lado, uma abordagem de codificação dedutiva e, por outro lado, uma abordagem indutiva. Isto é, para codificar os dados e criar temas, o investigador baseou-se na informação derivada da literatura sobre a temática em estudo (abordagem dedutiva), bem como na informação recolhida através das entrevistas realizadas aos participantes, sendo assim os códigos construídos e modificados ao longo de todo o processo de análise (abordagem indutiva; Fereday & Muir-Cochrane, 2006).

### **Resultados e Discussão**

Devido à natureza exploratória do presente estudo foi obtido um número elevado de categorias a partir da análise temática, sendo algumas destas incluídas com apenas uma referência por serem consideradas relevantes para a compreensão geral dos dados recolhidos. Durante a criação das categorias foram tidos em consideração vários critérios, nomeadamente, os objetivos da investigação, a literatura pré-existente e a referência ao tema pelos participantes durante a recolha de dados.

Foram criadas 111 categorias relacionadas entre si, organizadas em três domínios distintos: (1) Características e impacto da intervenção com conteúdos traumáticos; (2) Monitorização do bem-estar pessoal e conhecimento de estratégias de autocuidado e (3) Tipo de estratégias de autocuidado utilizadas, benefícios e obstáculos.

Em todas as entrevistas realizadas, foi colocada uma questão no sentido de explorar quais as estratégias de autocuidado outrora abandonadas pelos participantes. A maioria das estratégias referidas foram abandonadas devido a falta de tempo, sendo referida apenas por um participante uma estratégia pouco eficaz: evitar pensar nas situações traumáticas relatadas ou presenciadas. Deste modo, não foi criada nenhuma categoria para esta referência.



## **Domínio 1: Características e impacto da intervenção com conteúdos traumáticos**

Os psicólogos que intervêm com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas reconhecem riscos e benefícios no seu trabalho? Que fatores acreditam atenuar os efeitos negativos deste tipo de intervenção? Foram criadas três categorias que compõem este domínio (anexo F), estando este direcionado para o primeiro objetivo do presente estudo.

**1.1 O tema Características do trabalho com conteúdos traumáticos (8)** representa as características da intervenção clínica com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas. Foram identificadas quatro (20 referências): a exposição constante a descrições vívidas de situações traumáticas (5) “(...) *uma das técnicas é nós pedirmos ao paciente para nos relatar detalhadamente a experiência que vivenciou.*” (participante 5); a exposição direta ao sofrimento humano (4) “(...) *estamos também sempre muito expostos a tudo o que é o sofrimento humano na sua forma mais pura, mas também mais dura.*” (participante 4); a imprevisibilidade e risco das situações que surgem (3) “*Há coisas (...) que nos apanham desprevenidos... ou podem apanhar.*” (participante 4); e o carácter negativo e duradouro das situações traumáticas (1) “*E... são coisas que a pessoa, provavelmente, nunca fica bem com elas (...) nunca é uma memória agradável, nunca é uma história positiva, em si mesma (...) Eu acho que ali, fica sempre uma coisa que foi difícil.*” (participante 3).

Estas características, permitem compreender melhor a origem dos riscos associados à intervenção com conteúdos traumáticos e, conseqüentemente, o impacto que esta pode ter nos profissionais, sendo este o próximo tema a ser abordado.

**1.2. Consequências do trabalho com conteúdos traumáticos (7).** Esta categoria, representa o efeito que o trabalho com pessoas que já experienciaram situações traumáticas tem nos psicólogos. Foram identificadas consequências Negativas (6) e Positivas (4) da intervenção (33 referências).

As consequências Negativas incluem: o desgaste emocional (4) “(...) sinto que ando muito mais vezes em exaustão... aah... mental e emocional” (participante 5); as memórias e imagens negativas associadas às situações traumáticas (3) “Houve, obviamente, coisas que me marcaram (...) a gente... quase que forma uma imagem do que aconteceu, como se estivéssemos a ver um filme... e essas imagens são desagradáveis... aah... e a gente sofre com elas.”, “(...) quando olho para os meus casos, se calhar, algumas das memórias que me vêm de coisas negativas, são de coisas traumáticas.” (participante 3); a labilidade emocional e dificuldade na gestão emocional (2) “(...) quando se abordam alguns “disparadores” como... (...) por exemplo, falar-se da morte de crianças queimadas, é difícil de controlar as lágrimas, portanto, há uma sensibilidade emocional aguda (...) que normalmente não normal.” (participante 2); a dificuldade em focar a atenção (1) “(...) uma dificuldade em focar a atenção... sem conseguir ter períodos longos de trabalho” (participante 4); o isolamento (1) “(...) ficava continuamente a pensar no assunto e isso depois tinha algumas implicações (...) ficava mais calada, se calhar, mais isolada” (participante 1); a maior sensibilidade ao sofrimento dos clientes (1) “(...) é suposto ligarmo-nos a essas pessoas, e essa ligação faz com que a gente não... não desligue... (...) o sofrimento que implica estar com essas pessoas, trabalhar com essas pessoas, porque no fundo nós ficamos mais sensíveis àquilo que são os acontecimentos delas” (participante 3); a sensação de incapacidade para ajudar e preocupação com os clientes (1) “(...) ir para casa preocupada, muitas vezes angustiada, porque queria dar uma resposta... (...) queria muito que o sofrimento daquela pessoa parasse” (participante 1); e uma visão mais negativa do mundo (1) “São coisas que me marcaram, porque chocaram com a minha ideia de sobre como é que as pessoas funcionam, etc., coisas que têm uma certa crueldade (...), e isso mexe e fica.” (participante 3). Estas consequências, vão ao encontro da literatura existente sobre o impacto da prática clínica nos psicólogos, referida previamente (e.g., Figley & Ludick, 2017; Mahoney, 1997; McCann & Pearlman, 1990; Killian, 2008).

Foram ainda mencionadas as seguintes consequências Positivas: o sentimento de propósito: ajudar (3) “(...) nós, no fundo, estamos a trabalhar para que estas pessoas fiquem melhor, digamos. E como nós temos este sentido associado a este sofrimento eu acho que isto é uma coisa que nos ajuda bastante a ultrapassar as histórias negativas que nos contam.” (participante 3); a valorização das próprias vivências (2) “Muitas vezes eu saio daqui com muita vontade de chegar a casa e dar uns abraços e agradecer... a família que tenho, os filhos que tenho, a vida que tenho.” (participante 2); e a observação da capacidade de resiliência do ser humano (1) “(...) é possível ver como é que as pessoas conseguem... encaixar essas coisas tão terríveis nas suas vidas, (...) eu acho que as situações que desafiam mais as pessoas, são também aquelas que permitem ver que a pessoa consegue ter uma boa capacidade de dar significado e dar sentido a esse tipo de situações.” (participante 3).

De acordo com o segundo e terceiro princípios promotores de um autocuidado eficaz propostos por Norcross e Guy (2007) é necessário que os psicólogos sejam capazes de focar a sua atenção nas recompensas e benefícios do trabalho, bem como reconhecer e aceitar os desafios ocupacionais, respetivamente. Perante os resultados, parece que os participantes não só reconhecem aspetos negativos da sua profissão, como identificam aspetos positivos.

Ao longo da exploração das consequências decorrentes do seu trabalho, foi possível identificar, a partir do discurso dos participantes, fatores que os protegem dos riscos associados à sua profissão, sendo este o próximo tema a ser detalhado.

**1.3. A categoria Fatores de Proteção** (5) representa os fatores que contribuem para o bem-estar dos psicólogos, reduzindo o impacto dos fatores de risco a que estão expostos.

Foram identificados sete fatores de proteção (24 referências): o autoconhecimento e percepção dos limites pessoais (2) “Eu acho que é fundamental termos (...) um excelente autoconhecimento (...) para perceber qual é o nosso limite, quais são as nossas limitações.” (participante 4); ter uma vida pessoal e familiar equilibrada (2) “(...) ter uma vida familiar

*equilibrada é o grande peso que está do outro lado desta possibilidade de desequilíbrio.”*

(participante 2); fazer a atribuição de um significado positivo ao trabalho (1) *“Aquilo que é mais importante tem a ver com o significado que a gente dá aquilo que faz (...) se nós tivermos um sentido para aquilo que estamos a fazer... o que estamos a fazer, continua a ter um certo nível de stress, mas não é propriamente um distress e passa a ser um eustress.”*

(participante 3); ter uma carga horária reduzida e menor número de casos (1) *“Como não tenho muitos pacientes, ainda tenho tempo para poder... pronto, cuidar de mim.”*

(participante 8); nunca ter experienciado situações traumáticas semelhantes (1) *“(...) como eu nunca tive situações traumáticas deste género (...) não... pronto, não me identifico muito.”*

(participante 8), sendo que este fator, segundo McCann e Pearlman (1990) pode proteger que as memórias dos clientes sejam incorporadas no sistema de memória dos psicólogos, uma vez que estas mais facilmente são integradas se o material traumático for particularmente saliente para os profissionais; trabalhar em contexto de equipa (1) *“Eu trabalhava no contexto de uma equipa, e isso era ótimo porque permitia que as pessoas fossem falando dos casos, uns com os outros.”* (participante 3); e viver num local calmo (1) *“Vivo fora de Lisboa, também, vivo no campo, não estou sujeita a este stress aqui.”* (participante 2).

## **Domínio 2: Monitorização do bem-estar pessoal e conhecimento de estratégias de autocuidado**

Os psicólogos estão atentos ao impacto que o seu trabalho tem no seu bem-estar? Com que regularidade refletem sobre o mesmo? Em algum momento acederam a informação sobre autocuidado? Este domínio está relacionado com o segundo e terceiro objetivos deste estudo.

**2.1. Frequência da auto-avaliação do bem-estar pessoal (7).** Este tema reflete com que regularidade os psicólogos disponibilizam tempo para autoavaliarem o seu bem-estar.

Foram criados dois subtemas. O primeiro, engloba os psicólogos que fazem uma reflexão diária sobre o próprio bem-estar (4) “(...) *há uma coisa que eu costumo fazer que é: quando o meu dia termina, eu gosto de (...) refletir sobre tudo o que aconteceu.*” (participante 7). O segundo, representa os restantes psicólogos que fazem uma reflexão sobre o próprio bem-estar em situações pontuais (3) “(...) *isso é uma coisa que me passa pela cabeça, mas... não é algo propriamente... a que eu dedique... um tempo a pensar sobre o assunto. (...) É algo que acontece, às vezes.*” (participante 3). Vários estudos confirmam a importância da automonitorização do nível de *distress* nas práticas de autocuidado (e.g., Schwebel & Coster, 1998; Skovholt & Jennings, 2004). De acordo com os resultados, sete participantes relataram monitorizar o seu bem-estar, sendo que desses, a maioria o faz diariamente.

**2.2. Acesso a informação sobre autocuidado** (8). Este tema representa se os participantes, ao longo do seu percurso académico e profissional, tiveram acesso a informação sobre autocuidado (22 referências).

A maioria dos psicólogos teve acesso a informação sobre autocuidado em formações profissionais (7) “(...) *na formação (...) enquanto psicoterapeuta, foi algo bastante abordado.*” (participante 4) e referiu a ausência de informação na formação básica (5) “(...) *porque na formação básica nunca tinha ouvido falar disto.*” (participante 2). Alguns psicólogos tiveram acesso a informação sobre autocuidado no local de trabalho (2) “*E mesmo nós como psicólogos da \*nome da instituição\*, isso é muito salientado... o cuidar de nós após uma intervenção.*” (participante 6). Apenas um acedeu a informação em supervisão (1) “(...) *é claro que isso fosse sempre abordado noutras situações, em supervisão (...)*” (participante 2), tendo outro recebido essa informação na faculdade (1) “(...) *durante a faculdade foi-nos sempre dito isso*” (participante 7). Por fim, um dos psicólogos revelou ter feito uma procura pró-ativa de informação sobre este tema (1), “*Aliás, eu li artigos sobre isso, porque faço muita pesquisa (...) fui à procura de informação (...).*” (participante 8).

De seguida, foi averiguado se os psicólogos utilizam estratégias de autocuidado e apuradas quais as estratégias utilizadas.

### **Domínio 3: Tipo de estratégias de autocuidado utilizadas, benefícios e obstáculos**

Que estratégias de autocuidado utilizam os psicólogos? Quais as características das mesmas? Utilizam-nas de forma intencional? Que benefícios sentem da sua utilização? Necessitaram de alterar o seu plano de autocuidado desde que intervêm com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas? Que obstáculos consideram que dificultam a utilização de estratégias de autocuidado? Que fatores pensam contribuir para um autocuidado mais eficaz? Este é o domínio mais abrangente, composto por oito categorias, e vai ao encontro dos três últimos objetivos deste estudo (anexo F).

**3.1. O tema Estratégias de autocuidado utilizadas** (8) engloba as estratégias que os psicólogos utilizam para estabelecer e manter o seu bem-estar (125 referências).

Todos os psicólogos (8) referiram que socializar com a família e amigos é uma componente importante para a manutenção do seu bem-estar “*Essencialmente, é estar com a família (...) com as pessoas que nos são próximas e de quem gostamos.*” (participante 6). A maioria, mencionou também a importância de recorrer a intervisão (7) “*Recorro imenso à intervisão, tanto com os colegas com quem trabalho aqui como com colegas com que faço formação*” (participante 2), bem como a supervisão (7) “*(...) quando comecei a trabalhar nesta consulta, obviamente foi com supervisão (...) e acho que ter um colega, também da área, mais velho, mais experiente é fundamental.*” (participante 5).

Grande parte dos psicólogos (7) expressou ser benéfica a existência de momentos de lazer, que podem incluir: passar (6); ler (3); ver filmes e televisão (3); cabeleireiro e estética (2); fazer massagens (2); ver lojas (2); dançar (1); internet e redes sociais (1); e ouvir música (1). Como exemplificado: “*Eu utilizo muito (...) a leitura, eu sempre li muito e ler é uma*

*coisa que me ajuda a evadir-me do dia-a-dia, evadir-me do que passei (...) é uma forma, realmente, de eu sair da realidade, quando a realidade interna é difícil (...)”* (participante 2) e *“Gosto muito de ir dançar e acho me faz bem, tanto para o físico como para a mente e... sempre que posso vou.”* (participante 8).

Para além destas, os psicólogos relataram como relevante fazer terapia pessoal (3) *“É importante nós (...) termos acompanhamento psicológico também.”* (participante 7); ter uma alimentação saudável (2) *“(...) reduzi, um pouco, o café, raramente bebo álcool (...) o açúcar... é muito fácil comer, entre as consultas, qualquer coisa doce... é péssimo (...) quando chegamos ao fim da consulta já estamos com uma grande irritabilidade e vontade de ir comer.”* (participante 2); e fazer formação profissional complementar (2) *“Se a pessoa quiser sempre valorizar-se a ela própria, para poder trabalhar melhor com o outro, tem de apostar sempre em formações (...)”* (participante 8). Um psicólogo referiu a importância para si das suas crenças e práticas religiosas *“Eu sou Batista e... a minha fé ajuda-me a ter este autocontrolo, autocuidado, através da oração... (...) baseio-me muito na reflexão e na fé. (...) Temos o hábito de ir à igreja todos os domingos”* (participante 7), enquanto que outro partilhou que descansar (1) é uma estratégia importante para o seu bem-estar.

Foram ainda referidas como estratégias: escrever sobre as dificuldades sentidas (1) *“Hum... outras vezes, ajuda escrever sobre o assunto. (...) escrever para mim tem, tem de facto uma importância fulcral (...) porque é uma forma de conseguir... hum... analisar com mais objetividade aquilo que estou a pensar e a sentir.”* (participante 4); fazer exercício físico e atividades ao ar livre (1) *“Tento sempre fazer exercício físico exterior, portanto, tudo o que é... correr, jogar futebol (...) passear, correr, andar de mota... tudo o que seja atividades de contato com a natureza, de contato com o mar”* (participante 4); fazer intervalos entre sessões difíceis (1) *“(...) intervalo entre sessões de casos pesados, hum... faço sempre.”* (participante 7); fazer meditação (1); reencaminhar casos complexos para outros colegas (1) *“Se é uma*

*situação que eu vejo que é um bocado complicada demais para mim (...) é melhor reencaminhar para outro colega que tenha mais experiência.”* (participante 8); praticar reiki (1); retirar-se da situação traumática (1) “(...) *se necessário, faço um time-out e, portanto, saio do cenário.*” (participante 4); e ter longos períodos de sono (1) “(...) *tento ainda mais, nessas alturas, reforçar o sono... longos períodos de sono.*”.

Os psicólogos que trabalham com conteúdos traumáticos que compõem a amostra deste estudo, parecem privilegiar como estratégias de autocuidado a socialização com amigos e família, os processos de supervisão e intervenção, bem como a existência de momentos de lazer, estando estes resultados em concordância com outros estudos sobre este tema (e.g., Killian, 2008; Lonergan, O’Halloran, & Crane, 2004; Mota, 2017). A maioria das restantes estratégias relatadas, coincidem com estratégias referidas por outros psicólogos clínicos, abordadas na revisão de literatura (e.g., Pearlman & Saakvitne, 1995; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Wise & Barnett, 2016). Contudo, foram reportadas estratégias que não são tão frequentemente relatadas na literatura existente: escrever sobre as dificuldades sentidas; reencaminhar casos complexos para outros colegas; e o profissional retirar-se da situação traumática. Pode ser colocada a hipótese de estas serem estratégias especificamente necessárias para estes psicólogos, dada a temática em que intervêm.

Após a exploração de quais as estratégias de autocuidado que os psicólogos utilizam, foram identificadas algumas características das mesmas, detalhadas na categoria seguinte.

**3.2. Características das estratégias utilizadas (4).** Este tema descreve as características globais, que foram identificadas pelos participantes, das estratégias de autocuidado a que recorrem (10 referências).

Segundo os participantes, as estratégias utilizadas devem consistir em atividades de lazer (4), sendo necessário considerar a preferência pessoal de cada pessoa “*Não é o fazer só porque faz bem, como o exercício físico, nós sabemos que faz bem mas, por exemplo, eu ir*



*para o ginásio... detesto ginásios, não vou lá, tento fazer de outras forma, vou fazer outras coisas que eu gosto.”* (participante 1), e devem ser atividades pouco complexas (1) “*(...) acho que são coisas simples... não são nada rebuscadas, não é?*” (participante 1). Esta ideia, está em concordância com a recomendação feita por Norcross e Guy (2007) de que devem ser utilizadas estratégias mais abrangentes por oposição a técnicas específicas. Assim, parece que o mais importante é utilizar estratégias pouco complexas, que promovam o lazer, sendo deixada a cada pessoa a decisão de qual a atividade específica que cumpre esse objetivo.

Uma vez exploradas as estratégias de autocuidado a que os psicólogos recorrem e as suas características, foram analisados quais os benefícios que estas têm, permitindo compreender porque motivo os participantes as utilizam.

**3.3. O tema Benefícios da utilização das estratégias de autocuidado (8)** engloba as vantagens percepcionadas pelos psicólogos em utilizar estratégias para estabelecer e manter o seu bem-estar. Foram identificados benefícios Gerais (8) e Específicos (7) (56 referências).

Os benefícios Gerais incluem manter e/ou melhorar o desempenho profissional (8) “*(...) se nós estivermos em desequilíbrio psicológico como é que vamos conseguir lidar com o impacto do desequilíbrio imenso que o outro nos trás? É impossível. Portanto, vamos necessariamente, também, trazer para a consulta o nosso próprio desequilíbrio.*” (participante 2), e promover o equilíbrio e o bem-estar psicológico (8) “*(...) o facto de... nós pensarmos um pouco sobre... o impacto que isto tem em nós próprios, ajuda-nos também a digerir, um bocadinho, aquilo que se passou.*”, parecendo estas ser vantagens consensuais da utilização de estratégias de autocuidado.

Os benefícios Específicos das estratégias de autocuidado são que estas contribuem para uma melhor capacidade de análise e gestão de pensamentos e emoções (4) “*(...) é uma forma de conseguir... analisar, de certa forma, com mais objetividade aquilo que estou a pensar e a sentir.*” (participante 4); permitem descontrair e relaxar (4) “*São formas de*

*relaxamento.*” (participante 2); e permitem a separação entre a vida profissional e a vida pessoal (3) “(...) *quando chego a casa essas coisas ficam todas no carro, não saem para dentro de casa.*” (participante 7). Os principais benefícios relatados pelos psicólogos vão ao encontro da ideia presente na literatura de que as estratégias de autocuidado são fundamentais para a prevenção e gestão do impacto negativo da intervenção clínica, bem como para o crescimento pessoal e profissional do psicólogo (Simms, 2017).

Dado os vários benefícios mencionados, foi analisado se os psicólogos utilizam estratégias de autocuidado de forma intencional para a promoção do seu bem-estar.

### **3.4. Utilização de estratégias de autocuidado de forma intuitiva e automática (4).**

Esta categoria foi criada a partir do discurso dos participantes, não havendo nenhuma questão específica neste sentido. Quatro psicólogos referiram utilizar as estratégias de autocuidado de forma intuitiva “*Eu não faço nada de autocuidado (...) com essa intenção, ou seja, tudo o que vem nos livros que supostamente é autocuidado como... estar com os amigos, etc., eu faço naturalmente, digamos.*” (participante 3). Pode-se colocar a hipótese de que estes tenham integrado totalmente as estratégias de autocuidado na sua vida, tal como aconselhado por Norcross e Guy (2007), ficando a questão de que fatores contribuíram para esta integração.

De seguida, foi explorado se houve alguma modificação nas estratégias utilizadas pelos psicólogos, quando iniciaram a intervenção com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, sendo esta a próxima categoria apresentada.

**3.5. O tema Alterações no plano de autocuidado perante o trabalho com conteúdos traumáticos (8)** define se, a partir do momento em que começaram a trabalhar maioritariamente com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, os psicólogos sentiram a necessidade de fazer modificações no seu plano de autocuidado (13 referências).

Metade dos participantes relataram sentir uma maior necessidade de recorrer a estratégias de autocuidado “*Quando comecei a trabalhar em crise, surgiu mais a necessidade,*

*em determinadas alturas, de ter este tipo de estratégias (...) acho que há situações muito mais delicadas.*” (participante 6). Esta maior necessidade de recorrer a estratégias de autocuidado pode estar relacionada com os vários riscos e possíveis consequências negativas da intervenção nestes casos, mencionados anteriormente.

Alguns psicólogos referiram fazer uma maior utilização da intervenção (3) “(...) *as experiências traumáticas que as pessoas nos trazem são tão intensas, são tão... horrorosas que (...) tive de falar com algum colega da área (...) para fazer ali um bocadinho de catarse... daquilo que eu estava a sentir. Isto se eu for comparar com outros quadros clínicos em que eu não sinto isso. (...) Nesta área em concreto sinto que preciso de... adotar esta estratégia.*” (participante 5); e apenas dois não sentiram a necessidade de fazer alterações no seu plano de autocuidado, podendo colocar-se a hipótese destes psicólogos já terem estratégias de autocuidado integradas, eficazes para a atenuação do impacto negativo da prática clínica.

**3.6. Estratégias a que gostariam de recorrer** (5). Esta categoria representa as estratégias de autocuidado que os psicólogos não utilizam, mas que gostariam de usar.

Foram identificadas seis estratégias (19 referências). Alguns psicólogos revelaram não praticar exercício físico (2); ioga (2); mindfulness (1); e não passar mais tempo com amigos (2) por não terem mais tempo livre. Outros, partilharam que gostariam de fazer meditação individual ou em grupo (2) ou recorrer a um grupo de intervenção específico para conteúdos traumáticos (1), contudo, não o fazem por não terem acesso a essas estratégias no seu contexto de proximidade.

A maioria das estratégias que os participantes mencionaram ter vontade em utilizar são estratégias que psicólogos, noutras investigações, reportaram integrar nas suas vidas por as considerarem eficazes (e.g., Mahoney, 1997; Wise & Barnett, 2016).

**3.7. Obstáculos à utilização de estratégias de autocuidado (6).** Este tema representa os fatores, que os participantes consideram que dificultam ou impedem a utilização de estratégias de autocuidado por parte de psicólogos (33 referências).

A falta de tempo (4) foi o obstáculo mais relatado, estando este especificamente associado a uma carga horária excessiva (4) “*Agora faço com menos frequência porque estou com demasiado trabalho (...) eu neste momento estou a acumular dois locais de trabalho*” (participante 2) e, por dois psicólogos, à maternidade, ou seja, ao tempo que o papel de mãe ocupa nas suas vidas “*Quando eu não tinha filhos posso-lhe dizer que, obviamente, era muito mais fácil para mim agilizar tempo, e tinha tempo para mim (...) agora confesso que não.*” (participante 5). É interessante salientar que apenas participantes do sexo feminino referiram o seu papel parental como um contributo para a falta de tempo para se autocuidarem, explicando que este constitui um impedimento temporário, devido à idade jovem dos filhos.

Alguns participantes, apontaram como obstáculo as características pessoais dos psicólogos (2), especificamente, a sua dificuldade em serem auto-críticos (1) “*Muitas das vezes, as pessoas não gostam de se autoanalisar e perceber o que é que fizeram de errado*” (participante 7), e o facto de estarem orientados para o bem-estar dos outros (1) “*(...) acho que, de facto, somos melhores a olhar para o outro do que para nós próprios, o que impede a utilização dessas estratégias porque... (...) se eu não estiver a monitorizar-me quase de uma forma constante (...) nem vou perceber que necessito de estratégias, e vou ter mais resistência a procurá-las.*” (participante 4). Assim, parece existir uma ênfase na responsabilidade que os próprios psicólogos têm em assegurar o seu bem-estar. Este aspeto está relacionado com a necessidade que existe de estes reconhecerem a importância, pessoal e profissional, de cuidar da sua saúde mental e de tornar este objetivo uma prioridade (Norcross & Guy, 2007).

Outros obstáculos destacados foram: o custo financeiro (2) de algumas estratégias, tendo sido salientado concretamente o custo da supervisão (2) e das formações

complementares (1); a falta de recursos providenciados pelo local de trabalho (2) “(...) *gostaria de ter, proporcionado pelo espaço onde eu trabalho, supervisão.*” (participante 2); a pouca importância atribuída ao autocuidado na formação básica dos psicólogos (1) “*Eu acho que mesmo a nível, muitas vezes, do próprio treino que existe, somos muito impelidos a olhar para o outro, a cuidar do outro e, por vezes, esquecemo-nos, de facto, de nós próprios.*” (participante 4), podendo esta dificultar que os psicólogos compreendam a necessidade de utilizar estratégias de autocuidado, dificultando também o acesso ao conhecimento de estratégias eficazes; e, por fim, o receio da quebra de sigilo na terapia pessoal e intervenção (1) “(...) *a fuga ao autocuidado de procurar um colega, poder falar com o colega e desabafar (...). Acho que... por medo da quebra do sigilo (...). Nós somos um grupo pequeno, muito competitivo... demasiado competitivo, para nada.*” (participante 7).

Para finalizar, e após a identificação dos obstáculos que dificultam a adesão a um plano de autocuidado, foram explorados fatores que contribuem para um autocuidado eficaz, sendo esta a última categoria apresentada.

**3.8. O tema Fatores considerados como promotores de autocuidado** (8) engloba os fatores que os psicólogos consideram que contribuem para um autocuidado mais eficaz.

Foram identificados 10 fatores (28 referências). O primeiro, consiste em monitorizar as reações e necessidades pessoais (4) “(...) *estarem atentos às próprias necessidades e àquilo que necessitam, para estarem suficientemente bem do ponto de vista relacional, e do ponto de vista anímico para poderem conseguir dar aos outros.*” (participante 4). Este foi o fator mais referido pelos participantes e, tal como mencionado anteriormente, vai ao encontro da revisão de literatura realizada (e.g., Schwebel & Coster, 1998; Skovholt & Jennings, 2004).

Os psicólogos também consideraram que fazer formação profissional complementar (3) “*Fazer formação para além do curso. A formação em psicoterapia é bastante útil (...) ajuda a pessoa a ter competências, e a ser melhor psicoterapeuta. E isso, por sua vez, ajuda*

*no autocuidado.*” (participante 3), e separar e manter um equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional (3) “(...) *não levarem trabalho para casa... saber separar bem a família do trabalho*” (participante 7) contribui para um autocuidado mais eficaz. Estes dois fatores, estão relacionados com o décimo segundo e sexto princípios propostos por Norcross e Guy (2007) que, respetivamente, salientam a importância de os profissionais incentivarem a criatividade e o crescimento, procurando desenvolvimento, mudança e renovação no seu trabalho, bem como a importância de estabelecer limites entre si e os outros, entre a sua vida pessoal e profissional. É, ainda, relevante lembrar que nas formações, não só os psicólogos relataram adquirir conhecimentos e ferramentas fundamentais para a intervenção clínica, como parece ser abordada a necessidade de se autocuidarem.

Outros fatores reportados foram: a capacidade de reconhecer os limites pessoais (2) “(...) *não sermos super-homens, não é? E, portanto, de também nós necessitarmos de ter esses cuidados e de perceber os nossos limites e as nossas situações mais duras, para que possamos intervir a tempo.*” (participante 4); de fazer uma boa gestão de tempo (1) “(...) *fazer uma boa gestão do tempo para ter a possibilidade de fazer coisas que gostasse.*” (participante 1), estando esta necessidade relacionada com o maior obstáculo ao autocuidado relatado pelos psicólogos; e de partilhar dificuldades com pares (1) “(...) *a articulação com os pares, seja sob a forma de supervisão, seja sob a forma de intervenção... é fundamental.*” (participante 3), estando este fator na base de duas das estratégias mais utilizadas: a intervenção e a supervisão.

Para além destes, os psicólogos consideram benéfico para o autocuidado reduzir o número de horas de trabalho (1) “(...) *não trabalhar 15 horas por dia...*” (participante 3), podendo este fator estar relacionado com as exigências emocionais da intervenção clínica e com as potenciais consequências negativas deste tipo de trabalho. Adicionalmente, pode colocar-se a hipótese de que, com uma carga horária reduzida, os psicólogos teriam mais tempo disponível, possivelmente ultrapassando um dos grandes obstáculos ao autocuidado.

Foi também salientada a importância de utilizar estratégias transversais (1), ou seja, estratégias que possam ser utilizadas por qualquer pessoa independentemente do estatuto socioeconómico, da idade, do tempo disponível, entre outros “*E a meditação é transversal a qualquer pessoa... pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente, do local, da idade, das condições, é sempre possível fazer meditação, mais curta, mais longa.*”

(participante 2). Este aspeto parece ir ao encontro da ideia de Walsh (2011) de que existem vantagens em utilizar estratégias que possam ser usadas individualmente, que estejam facilmente acessíveis e que tenham um baixo custo financeiro.

Os últimos dois fatores identificados: fazer terapia pessoal (1) “*Se a pessoa tem uma certa tendência para ter uma relação com o trabalho não muito boa... (...) terapia pessoal também não é má ideia.*” (participante 3), e praticar um estilo de vida saudável (1) “*(...) acho que os psicólogos deviam fazer como... como aquilo que tentam promover nos seus clientes, ou seja, que eles tenham vidas saudáveis.*” (participante 3) estão relacionados com os décimo e quarto princípios propostos por Norcross e Guy (2007) que, respetivamente, aludem à importância dos profissionais fazerem terapia pessoal (de forma a promover um autodesenvolvimento positivo) e de se preocuparem com o seu corpo, tendo uma vida saudável. Este último fator, parece ainda estar de acordo com a proposta de Walsh (2011), referida na introdução, que afirma que as mudanças de estilo de vida terapêuticas, como a prática regular de exercício físico e uma dieta saudável, podem levar a uma maior flexibilidade clínica, maior eficácia e menor desgaste profissional.

Estes resultados vão ao encontro dos objetivos do presente estudo, permitindo refletir sobre vários aspetos relacionados com o autocuidado de uma amostra de psicólogos clínicos Portugueses que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas.

Os psicólogos, parecem ter presente as características do seu trabalho e o modo como estas estão relacionadas com o impacto que a sua profissão pode ter no seu bem-estar. Estão

conscientes das consequências negativas que podem advir do mesmo, dos fatores que as atenuam, e das suas vantagens. Talvez por terem em consideração os riscos associados à prática clínica, a maioria monitoriza o seu bem-estar diariamente, tendo os restantes sensibilidade para reconhecer a necessidade de o fazer perante situações mais exigentes na sua vida pessoal e/ou profissional. De forma geral, os psicólogos parecem dar importância ao seu autocuidado, utilizando várias estratégias que acreditam promover o seu equilíbrio e bem-estar psicológico e contribuir para o seu melhor desempenho profissional (são destacadas a socialização com família e amigos, os processos de supervisão e intervisão, e os momentos de lazer). É de salientar que metade dos participantes utiliza estratégias de autocuidado de forma intuitiva, podendo isto revelar que as têm totalmente integradas na sua vida.

A importância atribuída ao autocuidado por parte dos psicólogos é interessante considerando que a maioria afirma que este não foi um tema abordado na sua formação básica, e não relatou fazer uma procura pró-ativa de informação sobre o mesmo. Pode-se colocar a hipótese destes psicólogos não terem sentido a necessidade de o fazer uma vez que todos investiram em formações profissionais em que este era um tema abordado. Também se pode colocar a hipótese de as estratégias estarem integradas no seu dia a dia, sendo por isso utilizadas de forma automática e pouco consciente.

Metade dos participantes sentiu maior necessidade de recorrer a estratégias de autocuidado, quando começou a trabalhar com conteúdos traumáticos, sendo salientada a intervisão enquanto estratégia útil. Estes resultados permitem refletir acerca do impacto que a intervenção com este tipo de conteúdos tem nos profissionais e sobre os benefícios de partilhar dificuldades com colegas e obter feedback da sua parte. Para alguns psicólogos, é útil recorrer a estratégias pouco complexas, promotoras de lazer, sendo da sua responsabilidade escolher as atividades que cumprem tal objetivo.



Fica claro que os psicólogos sentem que o maior obstáculo ao autocuidado é a falta de tempo, associada a uma elevada carga horária e, por alguns participantes do sexo feminino, à maternidade. Este obstáculo, está relacionado com o desejo de recorrer a certas estratégias, que não são utilizadas por falta de disponibilidade. Parece, também, existir a necessidade de os psicólogos serem mais autocríticos e focarem a sua atenção no seu próprio bem-estar, não só no dos seus clientes. É, ainda, possível refletir sobre fatores externos que podem dificultar a utilização de estratégias de autocuidado, como o custo financeiro da supervisão e das formações profissionais, a falta de recursos providenciados pelos locais de trabalho e a pouca importância dada a este tema na formação básica. Por fim, os resultados possibilitam a reflexão acerca de fatores potencialmente úteis para a promoção do autocuidado nos psicólogos, como: fazer uma monitorização das reações e necessidades pessoais, reconhecer os limites pessoais, separar e manter um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, fazer formação profissional complementar e terapia pessoal, reduzir o número de horas de trabalho, fazer uma boa gestão do tempo, partilhar dificuldades com pares, ter um estilo de vida saudável e utilizar estratégias transversais.

É importante sublinhar que, dada a dimensão da amostra, não é possível realizar inferências a partir destes resultados, ainda que estes apresentem alguma convergência com a literatura existente.

### **Conclusão**

O presente estudo focou-se na exploração de vários aspetos relacionados com o autocuidado de psicólogos que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas. Desta forma, permitiu aumentar a compreensão sobre quais as estratégias utilizadas, as suas características e benefícios, bem como sobre dificuldades existentes na implementação deste tipo de estratégias e fatores que podem promover o autocuidado eficaz.

É relevante salientar algumas limitações desta investigação. A primeira prende-se com o tamanho reduzido da amostra que não permitiu a saturação das categorias criadas. Talvez este possa ser explicado pelo método de recolha de dados (e.g., duração da entrevista); pela abordagem pouco pessoal no contato inicial (e.g., através de e-mail); ou, pela falta de disponibilidade da população-alvo. A segunda, prende-se com o facto de ter sido o mesmo investigador a recolher e a analisar os dados, podendo introduzir alguma subjetividade no processo. De forma a colmatar estas limitações, seria relevante o estudo ser replicado com uma maior amostra e com a colaboração de vários investigadores, de modo a aumentar a credibilidade dos resultados e enriquecer a investigação.

É também importante destacar alguns aspetos positivos deste estudo, nomeadamente: a utilização de uma metodologia de análise de dados que permite a sua exploração abrangente; e o seu carácter inovador, uma vez que o tema do autocuidado é pouco estudado em Portugal, não existindo investigação sobre o mesmo com psicólogos que intervêm com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, sendo de esperar que este possibilite a extração de ideias preliminares interessantes dos resultados.

Futuramente, poderá ser interessante realizar estudos no sentido de explorar em maior detalhe as características de estratégias de autocuidado eficazes, bem como outros motivos e obstáculos que podem levar ao abandono de estratégias e como os ultrapassar. Também poderá ser útil estudar se a educação sobre este tema tem influência nas práticas de autocuidado, e se existem diferenças significativas nessas práticas dependendo das temáticas em que os psicólogos intervêm ou dos serviços em que trabalham.

Espera-se que este estudo, apesar de se ter centrado no autocuidado de psicólogos que trabalham com conteúdos traumáticos, tenha contribuído para um aumento da consciência da necessidade de autocuidado por parte de todos os psicólogos, independentemente da sua área de intervenção.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2014). Perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress. In Fernandes, J. C. (Ed.), *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed., pp. 317-347). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., Baker, E., Elman, N., & Schoener, G. (2007). In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. doi: 10.1037/0735-7028.38.6.603
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101. doi: 10.1300/J497v75n02\_06

- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Routledge.
- Figley, C., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA Handbook of trauma psychology: foundations in knowledge* (pp. 573-593). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/0000019-029
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4<sup>th</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Harris, C. J. (1995). Sensory-based therapy for crisis counselors. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 101-114). New York: Routledge.
- Hesse, A. (2002). Secondary trauma: how working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293-309.
- Ivicic, R., & Motta, R. (2016). Variables Associated With Secondary Traumatic Stress Among Mental Health Professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204. doi: 10.1037/trm0000065

Johnson, R., & Waterfield, J. (2004). Making words count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International*, 9(3), 121-131.

Kanno, H., Giddings, M. M. (2017). Hidden trauma victims: Understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 331-353. doi: 10.1080/15332985.2016.1220442

Killian, K. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. doi: 10.1177/1534765608319083

King, N. (2004). Using templates in the thematic analysis of text. In C. Cassell & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 257–270). London: Sage Publications.

Lonergan, B. A., O'halloran, M. S., & Crane, S. (2004). The development of the trauma therapist: A qualitative study of the child therapist's perspectives and experiences. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(4), 353. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh027

Mahoney, M. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.

Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook*. New York: Routledge.

- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. doi: 10.1007/BF00975140
- Mota, A. B. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Newell, J., & MacNeil, G. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best practices in mental health, 6*(2), 57-68.
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 345-350. doi: 10.1037//0735-7028.32.4.345
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping*

*with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Routledge.

Pope, K., & Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: a national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology Research and Practice*, 25(3), 247-258. doi: 10.1037/0735-7028.25.3.247

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage Publications.

Simms, J. (2017). Transformative practice. *Counselling psychology review*, 32(2), 46-56.

Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. New York: Allyn & Bacon.

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The Resilient Practitioner. Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. New York: Routledge.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods* (pp. 53-80). London: Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage Publications.

Thoreson, R., Miller, M., & Krauskopf, C. (1989). The distressed psychologist: prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology Research and Practice*, 20(3), 153-158.

Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66, 579-592. doi: 10.1037/a0021769

Wise, E., & Barnett, J. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim & L. F. Campbell (Eds.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 5. Education and Profession* (pp. 209-222). Washington, DC: American Psychological Association.

Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. doi: 10.1037/a0029446



## **Anexo A**

### **E-mail enviado aos participantes**

O meu nome é Maria Inês Ventura e estou a realizar um estudo sobre estratégias de autocuidado de psicólogos que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar nesta investigação, sendo para isso necessário:

- Que trabalhe com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas
- Seja membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A participação no estudo consiste numa entrevista, com duração aproximada de 40 minutos, sendo feita a sua gravação áudio. O objetivo é compreender quais as estratégias que utiliza para estabelecer e manter o seu bem-estar. Poderá manifestar a sua preferência relativamente à via de realização da entrevista - presencial ou por *skype*. A participação é voluntária e confidencial, podendo desistir a qualquer momento.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento através deste contacto eletrónico. Caso queira participar no estudo, pode entrar em contacto através deste e-mail ou do número de telefone: 910655250, de forma a agendarmos uma data.

Agradeço desde já a disponibilidade.

A equipa de investigação,

Maria Inês Ventura

Ana Catarina Nunes da Silva

## Anexo B

### E-mail enviado às instituições/associações

O meu nome é Maria Inês Ventura e estou a realizar um estudo sobre estratégias de autocuidado de psicólogos que trabalham com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Deste modo, venho convidar os psicólogos clínicos que trabalham na *\*nome da instituição/associação\** a participar nesta investigação, sendo para isso necessário:

- Que trabalhem com pessoas que já vivenciaram situações traumáticas
- Que sejam membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A participação no estudo consiste numa entrevista, com duração aproximada de 40 minutos, sendo feita a sua gravação áudio. O objetivo é compreender quais as estratégias que estes psicólogos utilizam para estabelecer e manter o seu bem-estar. Os participantes poderão manifestar a sua preferência relativamente à via de realização da entrevista - presencial ou por *skype*. A participação é voluntária e confidencial, podendo os participantes desistir a qualquer momento.

Assim, venho pedir a autorização da *\*nome da instituição/associação\** para contactar os seus psicólogos e, caso essa autorização seja garantida, agradecia a divulgação do estudo pelos mesmos.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento através deste contacto eletrónico. Caso queiram participar no estudo, podem entrar em contacto através deste e-mail ou do número de telefone: 910655250, de forma a agendarmos uma data.

Agradeço desde já a disponibilidade.

A equipa de investigação,

Maria Inês Ventura

Ana Catarina Nunes da Silva

## **Anexo C**

### **Consentimento Informado**

Eu, Maria Inês de Meneses Ventura, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia, no núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, encontro-me a desenvolver uma investigação, sob a orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Os objetivos principais deste estudo são: compreender quais as estratégias de autocuidado utilizadas por psicólogos clínicos que trabalham com pessoas que vivenciaram situações traumáticas; quais os benefícios que essas estratégias têm para os psicólogos; e que possíveis dificuldades existem na implementação de um plano de autocuidado.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração para participar numa entrevista, sendo feita a gravação áudio da mesma, cujo tempo médio estimado não deverá exceder os 40 minutos. Consoante a sua disponibilidade, a entrevista poderá ser feita presencialmente ou via *skype*. Para participar terá de estar atualmente inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses, e trabalhar com pessoas que experienciaram situações traumáticas.

A sua participação no presente estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhuma penalização ou prejuízo. É garantida a confidencialidade dos seus dados, uma vez que não será identificado(a) pelo seu nome, sendo a gravação áudio da entrevista apagada após a finalização do estudo.

Caso tenha alguma dúvida ou queira, posteriormente, ter acesso aos resultados da investigação, poderá entrar em contacto comigo, através do e-mail:

[inesventura12445@gmail.com](mailto:inesventura12445@gmail.com) ou do contacto telefónico: 910655250.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade em colaborar.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine este documento.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obrigada pela colaboração.

Maria Inês Ventura

Ana Nunes da Silva

Faculdade de Psicologia

## Anexo D

### Ficha de recolha de dados sociodemográficos

Número do Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Licenciatura Pré-Bolonha ☐ Licenciatura Pós-Bolonha ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Pós-Graduação ☐ \_\_\_\_\_

Orientação Teórica: \_\_\_\_\_

Anos de experiência profissional (com pessoas que vivenciaram situações traumáticas): \_\_\_\_\_

Número médio de casos acompanhados: \_\_\_\_\_

No seu trabalho está exposto de forma direta a situações potencialmente traumáticas? Sim ☐  
Não ☐

Principais Problemáticas atendidas: \_\_\_\_\_

Teve alguma formação adicional sobre trauma? Se sim, qual?

---

## Anexo E

### Guião da entrevista semi-estruturada

#### 1. Tema Geral: Riscos associados à profissão e o seu impacto nos profissionais.

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Conhecimento dos riscos associados ao trabalho com pessoas que vivenciaram situações traumáticas	Compreender se os participantes têm consciência dos riscos específicos associados à sua profissão e o impacto que estes podem ter.	<i>Considera a sua profissão (psicólogo(a) clínico(a)), uma profissão de risco? Em que sentido?</i>  <i>Alguma vez ouviu falar de Stress traumático secundário? E de traumatização vicariante? O que conhece sobre estas condições?</i>
Experiência pessoal de Stress traumático secundário e/ou traumatização vicariante	Perceber se alguma vez experienciaram sintomas de STS e/ou TV.  Se sim, quais os sintomas e qual o impacto que tiveram nas várias áreas de vida.	<i>Alguma vez, ao longo da sua carreira, já experienciou sintomas de STS e/ou TV?</i>  <i>Pode dar alguns exemplos de sintomas que tenha experienciado?</i>  <i>Como é que esses sintomas afetaram a sua vida pessoal e/ou profissional?</i>

2. Tema Geral: Importância do autocuidado, estratégias de autocuidado utilizadas e barreiras à sua implementação.

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Auto-avaliação do bem-estar	Explorar se os participantes dedicam tempo, regularmente, a fazer uma autoavaliação do seu bem-estar.	<i>Reserva algum do seu tempo para avaliar o seu bem-estar?</i>  <i>Com que regularidade é que o faz (e.g. diariamente; semanalmente)?</i>
Importância da utilização de estratégias de autocuidado	Perceber se os participantes consideram importante a utilização de estratégias de autocuidado.  Se sim, perceber porque é que as consideram importantes.	<i>Considera importante que os psicólogos usem algumas estratégias para estabelecerem e manterem o seu bem-estar (físico e emocional)?</i>  <i>Porque é que considera importante a utilização de estratégias para manter o bem-estar?</i>
Educação/formação sobre estratégias de autocuidado	Compreender se os participantes, ao longo da sua formação, tiveram conhecimento sobre estratégias de autocuidado.  Perceber se do ponto de vista dos participantes essa formação adicional foi/teria sido benéfica.	<i>Ao longo do seu percurso académico, ou da sua formação posterior, alguma vez teve acesso a informação sobre estratégias de autocuidado?</i>  <i>Considera que o acesso a essa informação foi/teria sido importante? Em que sentido?</i>



<p>Estratégias de autocuidado utilizadas</p>	<p>Explorar quais as estratégias de autocuidado que são utilizadas pelos participantes.</p> <p>Compreender que benefícios os participantes percebem da utilização das estratégias de autocuidado usadas.</p> <p>Perceber se houve uma mudança/adição de estratégias após o início do trabalho com pessoas que vivenciaram situações traumáticas.</p>	<p><i>Recorre a alguma estratégia de autocuidado para manter o seu bem-estar? Pode partilhar alguns exemplos?</i></p> <p><i>Que benefícios considera que a utilização dessas estratégias tem, na sua vida?</i></p> <p><i>Desde que trabalha com pessoas que já passaram por situações traumáticas, sentiu a necessidade de mudar as estratégias que usava, de aumentar o número de estratégias usadas, ou sente que não houve necessidade de fazer alterações?</i></p>
<p>Estratégias de autocuidado abandonadas</p>	<p>Perceber se já houve um abandono de estratégias de autocuidado previamente usadas, e porquê.</p>	<p><i>Alguma vez utilizou outras estratégias de autocuidado, a que atualmente não recorra?</i></p> <p><i>Porque motivo já não utiliza essas estratégias?</i></p>
<p>Dificuldades nas práticas de autocuidado</p>	<p>Perceber se os participantes percebem dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado.</p> <p>Explorar se há estratégias que</p>	<p><i>Considera que existem obstáculos que dificultam a adesão a algumas estratégias de autocuidado? Quais?</i></p> <p><i>Existe alguma estratégia a que</i></p>

	os participantes gostariam de implementar, mas que ainda não o fizeram.	<i>gostaria de recorrer, mas que não usa? Qual e porquê?</i>
--	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

### 3. Tema Geral: Comentários finais e conclusão da entrevista.

Conselhos/Sugestões para estudantes ou psicólogos a iniciar a sua carreira, sobre autocuidado	Explorar se os participantes têm algum conselho ou sugestão sobre a implementação/utilização de estratégias de autocuidado	<i>Se tivesse de dar um conselho/sugestão a um estudante de psicologia ou psicólogo a iniciar a sua carreira, sobre o autocuidado e a utilização de estratégias de autocuidado, que conselho daria?</i>
Questões dos participantes	<p>Perceber se os participantes querem acrescentar mais alguma informação.</p> <p>Abertura para que os participantes coloquem questões.</p>	<p><i>Há mais alguma coisa que gostaria de partilhar/comentar sobre este tema?</i></p> <p><i>Tem alguma dúvida ou questão que me gostasse de colocar?</i></p>

## Anexo F

### Sistema hierárquico de categorias

Categorias	Fontes	Referências
1. Características e impacto da intervenção com conteúdos traumáticos	8	77
1.1. Características do trabalho com conteúdos traumáticos	8	20
Exposição constante a descrições vívidas de situações traumáticas	5	11
Exposição direta ao sofrimento humano	4	4
Imprevisibilidade e risco das situações que surgem	3	4
Carácter negativo e duradoura das situações	1	1
1.2. Consequências do trabalho com conteúdos traumáticos	7	33
Negativas	6	22
Desgaste emocional	4	5
Memórias e imagens negativas associadas às situações traumáticas	3	6
Labilidade emocional e dificuldade na gestão emocional	2	5
Sensação de incapacidade para ajudar e preocupação com os clientes	1	2
Dificuldade em focar a atenção	1	1
Isolamento	1	1
Maior sensibilidade ao sofrimento dos clientes	1	1
Visão mais negativa do mundo	1	1

Positivas	4	11
Sentimento de propósito: ajudar	3	7
Valorização das próprias vivências	2	3
Observação da capacidade de resiliência do ser humano	1	1
1.3. Fatores de Proteção	5	24
Autoconhecimento e percepção dos limites pessoais	2	7
Vida pessoal e familiar equilibrada	2	5
Carga horária reduzida e menor número de casos	1	5
Nunca ter experienciado situações traumáticas semelhantes	1	4
Atribuição de um significado positivo ao trabalho	1	1
Trabalhar em contexto de equipa	1	1
Viver num local calmo	1	1
2. Monitorização do bem-estar pessoal e conhecimento de estratégias de autocuidado	8	37
2.1. Frequência da auto-avaliação do bem-estar pessoal	7	15
Reflexão diária sobre o próprio bem-estar	4	9
Reflexão sobre o próprio bem-estar em situações pontuais	3	6
2.2. Acesso a informação sobre autocuidado	8	22
Em formações profissionais	7	9
Ausência de informação na formação básica	5	7
No local de trabalho	2	2
Procura pró-ativa de informação	1	2

Em supervisão	1	1
Na faculdade	1	1
<b>3. Tipo de estratégias de autocuidado utilizadas, benefícios e obstáculos</b>	<b>8</b>	<b>290</b>
<b>3.1. Estratégias de autocuidado utilizadas</b>	<b>8</b>	<b>125</b>
Socializar com a família e amigos	8	24
Intervisão	7	16
Momentos de lazer	7	31
Passear	6	9
Ler	3	7
Ver filmes e televisão	3	3
Cabeleireiro e estética	2	3
Fazer massagens	2	3
Ver lojas	2	3
Dançar	1	1
Internet e redes sociais	1	1
Ouvir música	1	1
Supervisão	7	22
Terapia pessoal	3	4
Alimentação saudável	2	4
Formação profissional complementar	2	4
Exercício físico e atividades ao ar livre	1	5
Crenças e práticas religiosas	1	4
Escrever sobre as dificuldades sentidas	1	3
Meditação	1	2

Descansar	1	1
Fazer intervalos entre sessões difíceis	1	1
Reencaminhar casos complexos para outros colegas	1	1
Reiki	1	1
Retirar-se da situação traumática	1	1
Ter longos períodos de sono	1	1
3.2. Características das estratégias utilizadas	4	10
Atividades de lazer	4	9
Atividades pouco complexas	1	1
3.3. Benefícios da utilização de estratégias de autocuidado	8	56
Gerais	8	40
Manter e/ou melhorar o desempenho profissional	8	26
Promover o equilíbrio e bem-estar psicológico	8	14
Específicos	7	16
Permitem descontrair e relaxar	4	5
Melhor capacidade de análise e gestão de pensamentos e emoções	4	4
Permitem a separação entre a vida profissional e a vida pessoal	3	7
3.4. Utilização de estratégias de autocuidado de forma intuitiva e automática	4	6
3.5. Alterações no plano de autocuidado perante o trabalho com conteúdos traumáticos	8	13
Maior necessidade de recorrer a estratégias	4	5
Utilização da intervenção	3	5

Não sentiu necessidade de fazer alterações	2	3
3.6. Estratégias a que gostariam de recorrer	5	19
Exercício físico	2	5
Ioga	2	3
Meditação individual ou em grupo	2	2
Passar mais tempo com amigos	2	2
Grupo de intervenção específico para conteúdos traumáticos	1	6
<i>Mindfulness</i>	1	2
3.7. Obstáculos à utilização de estratégias de autocuidado	6	33
Falta de tempo	4	19
Carga horária excessiva	4	8
Maternidade	2	11
Características pessoais dos psicólogos	2	3
Orientados para o bem-estar dos outros	1	2
Dificuldade em serem autocríticos	1	1
Custo financeiro	2	5
Da supervisão	2	4
Das formações complementares	1	1
Falta de recursos providenciados pelo local de trabalho	2	2
Receio da quebra de sigilo na terapia pessoal e intervenção	1	3
Pouca importância atribuída ao autocuidado na formação básica	1	1

3.8. Fatores considerados como promotores do autocuidado	8	28
Monitorizar as reações e necessidades pessoais	4	8
Fazer formação profissional complementar	3	4
Separar e manter um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional	3	5
Reconhecer os limites pessoais	2	2
Fazer uma boa gestão de tempo	1	2
Praticar um estilo de vida saudável	1	2
Fazer terapia pessoal	1	2
Partilhar dificuldades com pares	1	1
Reduzir o número de horas de trabalho	1	1
Utilizar estratégias transversais	1	1